

FOR FACILITY USE

Reviewed for compliance by:

Staff Signature

Date: _____

Exemption: Yes No
(see back)**Portuguese**Certificate of
Immunization Status

Page 1 of 2

Certificado de Situação da Imunização

WAC 246-100-166.6a Lei do Estado Washington estabelece que todas as crianças tenham um Certificado de Situação da Imunização preenchido arquivado na escola, pré-escola ou na instalação de atendimento infantil que freqüentam. Um quadro que mostra as vacinas que devem ser dadas e quando devem ser dadas está impresso no verso deste formulário.

RESPONDA EM INGLÊS.

Sobrenome da criança	Prenome	Nome do meio	Sexo M <input type="checkbox"/>	Data de nascimento
			F <input type="checkbox"/>	mês dia ano
Nome do pai responsável/tutor		Telefone de dia		

Imunização	Tipo de Vaccine	Dose	Data de aplicação		
			Mês	Dia	Ano
DTP* (Difteria, tétano, coqueluche)		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
PÓLIO (OPV via oral, IPV por injeção)		1			
		2			
		3			
		4			
HIB* (Haemophilus Influenzae Tipo B) somente para crianças antes do jardim de infância		1			
		2			
		3			
		4			

Imunização	Dose	Data de aplicação		
		Mês	Dia	Ano
MMR (Sarampo, caxumba, rubéola)	1			
	2			
	3			
HEP B (Hepatitis B)	1			
	2			
	3			
OUTRAS				

* A Tetramune ou ActHib é uma vacina combinada de DTP e Hib. Caso seu filho tenha recebido uma vacina combinada, coloque a data nos dois lugares.

Certifico que as informações fornecidas aqui estão corretas e são verificáveis.**X**_____
ASSINATURA DO PAI RESPONSÁVEL OU DO TUTOR_____
DATA

Requisitos do Registro de Imunização para Escolas, Pré-Escolas e Instalações de Atendimento Infantil †

As vacinas estão listadas para as idades em que são recomendadas. As barras sombreadas indicam a faixa de idades aceitáveis para a vacinação.

Idade ► ▼ Vacina	Nasc.	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	4 - 6 anos	11-12 anos	14-16 anos
Hepatitis B ‡		Hep B - 1								
			Hep B - 2	Hep B - 3						
Difteria, Tétano Coqueluche		DTP	DTP	DTP	DTP ou DTaP em 15+meses			DTP ou DTaP	Td‡	
H.Influenzae tipo b		Hib	Hib	Hib	Hib					
Pólio		OPV	OPV	OPV				OPV		
Sarampo, Caxumba, Rubéola					MMR			MMR	ou	MMR

† A programação acima foi recomendada e aprovada em 1º de janeiro de 1995 pela Comissão Assessora sobre Práticas de Imunização, pela Academia Americana de Pediatria e pela Academia Americana de Médicos de Família. As notas de rodapé desta programação fornecem mais informações sobre vacinas e sobre quando podem ser aplicadas. Elas foram reimpressas no *Manual de Imunização para Escolas, Pré-Escolas e Instalações de Atendimento Infantil*, que pode ser encontrado na maioria das escolas e nos departamentos de saúde locais.

Embora existam mais programações de vacina atuais recomendadas do ponto de vista médico, a programação de janeiro de 1995 é a única exigida pela Lei de Imunização do Estado de Washington.

‡ Em vigor desde setembro de 1997

Declaração de Isenção da Lei da Imunização Law

AVISO:

O seu filho pode ser isento (dispensado) de imunização por razões médicas, pessoais ou religiosas. No entanto, se houver a irrupção de uma doença evitável mediante vacina contra a qual o seu filho não tenha sido imunizado, ele será excluído da escola, pré-escola ou instalação de atendimento infantil enquanto o surto da doença não passar.

Isenção médica

Certifico que a criança mencionada neste formulário está isenta medicamente da exigência da(s) seguinte(s) vacina(s):

_____ até _____
Vacina(s) Data

_____ Data
Nome do médico

Assinatura do médico

Isenção pessoal

Isenção religiosa

Sou contra a imunização. Sei que meu filho pode ser excluído da frequência à escola durante um surto da doença.

Não quero que meu filho receba as seguintes vacina(s):

_____ Data
Vacina(s)

_____ Data
Assinatura do pai responsável ou tutor

Documentação da Imunidade

Certifico que a criança mencionada neste formulário tem prova de laboratório de imunidade a sarampo/caxumba/rubéola (circule).

Anexar resultados do TÍTULO.

DATILOGRAFE ou USE LETRA DE FÔRMA Nome do médico

_____ Data
Assinatura ou carimbo do médico